PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 ko 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha.



SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie i we wszystkich księgarniach.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

KRONIKA DENTYSTYCZNA

Miesięcznik poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym, wychodzi od lipca 1906

pod redakcyą

Lekarza-dentysty M. Krakowskiego.

Redakcya i administracya: Warszawa, ul. Rymarska 8.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	$^3/_4$ l.	1·—	XII	Jodowa słabsza . .	$^3/_4$ l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza	$^3/_4$ l.	1·2
II	Alkaliczna słabsza .	» l.	95	XIII	» mocniejsza .	$^1/_2$ l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza . .	» l.	1·10
III	» mocna .	» l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza .	$^3/_4$ l.	1·05	XXV	» mocniejsza	» l.	1·20
IV	Słona słabsza . . .	» l.	1·—	XV	» mocna . .	$^1/_2$ l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa	» l.	1·10
V	» mocniejsza	» l.	1·05	XVI	Żelazista	$^3/_4$ l.	1·05	XXVII	Niesłona	$^1/_1$ l.	95
VI	Alkaliczno-słona . .	» l.	95	XVII	Arsenawa	$^1/_2$ l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta . .	$^3/_4$ l.	—
VII	Glauberska mocna .	» l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista . .	$^1/_2$ l.	1·10	XXIX	» alkaliczna .	» l.	—
VIII	» słabsza .	» l.	95	XIX	Dyetetyczna	$^3/_4$ l.	1·—	XXX	» glauberska	» l.	—
IX	Magnowa . . .	» l.	1·10	XX	Kwaskowata . . .	$^1/_2$ l.	95	XXXI	» litowa . .	» l.	—
X	Wapniowa . . .	» l.	1·10	XXI	Stołowa normalna	$^3/_4$ l.	95				
XI	Litowa	» l.	1·10	XXII	Różowa słabsza . .	» l.	1·05				

ᴬGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »**normalna**« i nu-ᵐer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Rok LVII. Kraków, 16. lutego 1918 Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Myotonia acquisita.

Skreślił

Prof. Dr. L. Korczyński.

Do rzędu ważnych szczegółów, cechujących chorobę Thomsena (myotonia congenita), należy dziedziczność zboczeń w układzie mięśniowym i wielka ich trwałość. W przypadkach typowych zjawiają się stany myotoniczne już w pierwszych latach życia, najpóźniej w okresie pokwitania, i utrzymują się już stale, ze zmiennem tylko nasileniem. Opisów przypadków, w których brakuje zupełnie podstaw dla przyjmowania dziedziczności, względnie dla upatrywania czynników usposabiających, związanych z pochodzeniem rodzinnem i gdzie choroba rozwija się przynajmniej na granicy wieku dojrzałego, znajduje się w piśmiennictwie niewiele. Krótka wzmianka o dwóch tego rodzaju przypadkach, spostrzeganych na moim tutejszym oddziale, wydaje mi się w obec tego zupełnie uzasadnioną.

1. Mustafa G., 19-letni robotnik z Sarajewa, wyzn. muzułmańskiego, przyjęty do szpitala 6. sierpnia 1913, podaje, że przed dwoma tygodniami uległ przy robocie wypadkowi, przyczem obok zranień i zgnieceń części miękkich powstało złamanie trzech palców ręki prawej. W tydzień później zauważył, że nie panuje, jak dawniej, nad swojemi poruszeniami. Przy mówieniu lub jedzeniu nie może swobodnie zamykać i otwierać ust, ująwszy ręką jakikolwiek przedmiot, nie może otworzyć zaciśniętej pięści, przy podnoszeniu się i próbie chodzenia tężeje i, o ile nie znajdzie jakiegoś oparcia, pada bezwładnie na ziemię i leży dłuższą chwilę bez ruchu. Otoczenie chorego poczytywało tego rodzaju upadki za objaw padaczki. On sam podaje jednak, że zachowywał zawsze najzupełniejszą świadomość tego, co się z nim i koło niego dzieje, tylko zupełnie tracił moc panowania nad stężałymi mięśniami całego ciała. Od chwili, kiedy się zjawiły zaburzenia nerwowe, doznaje chory rwących i ciągnących bolów w tułowiu i w kończynach. Na jakiekolwiek dalsze zboczenia lub dolegliwości nie żali się zupełnie. Wywiady w szczegółach, odnoszących się do rodziny, ujemne.

Wynik badania. Wzrost średni, budowa ciała i odżywienie dobre. Skóra i błony śluzowe prawidłowo zabarwione. Na skórze dość liczne otarcia, pokryte przyschniętym naskórkiem. Mięśnie, jak na człowieka pracującego fizycznie, miernie tylko rozwinięte. O przeroście mięśni nie może być zupełnie mowy. Palce II, III i IV u ręki prawej zniekształcone skutkiem złamania członków. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe. Pnie nerwów niebolesne. Wyraz twarzy w spokoju zupełnie prawidłowy. Każda wszakże podnieta ruchowa sprowadza skurcz mięśni twarzy. Szczególną pobudliwością odznaczają się mięśnie, zwierające szczęki. Chory nie może skutkiem tego otwierać dowolnie ust przy mówieniu i przyjmowaniu pokarmów i przedstawia wprost obraz szczękościsku. Wszystkie mięśnie okazują, nawet w spokoju, znaczne napięcie. Jakikolwiek ruch sprowadza dalsze tężenie. Przy biernem zginaniu głowy, lub przy przeginaniu kręgosłupa powstaje nader wybitne stężenie karku, zupełnie takie samo, jakie okazują chorzy na zapalenie opon. Wrażliwość mięśni jest tak znaczna, że wystarcza lekkie dotknięcie igłą, aby wywołać silny skurcz nie tylko w okolicy dotknięcia, ale także w dalszych obszarach, utrzymujący się $1/4$—$1/2$ minuty. W czasie trwania skurczu zauważać można krótkie drganie całych pęczków mięśniowych. — Kurczom tonicznym towarzyszą kurcze kloniczne. Po uderzeniu dowolnego mięśnia młotkiem opukowym powstaje w miejscu uderzenia wał, który się utrzymuje co najmniej kilkanaście sekund. Tak w samym wale, jak i w jego sąsiedztwie, odbywają się drgania włókienkowe. Nie zawsze, ale często, — zdaje się zależnie od siły, może i od miejsca uderzenia — dostrzedz można posuwanie się takiego wału ruchem robakowym wzdłuż przebiegu włókien mięsnych w jedną i drugą stronę. Wszystkie te objawy występują bardzo wyraźnie zwłaszcza na mięśniach piersi i kończyn górnych, na mięśniach prostych brzucha i na czworogłowych mięśniach ud.

Ruchy czynne są w wysokim stopniu utrudnione, w najwyższym wtedy, gdy chory wykonywać je ma na rozkaz. I tak nie może wyprostowanych palców zginać, zgiętych wyprostować natychmiast, zginać i wyprostowywać nóg w kolanach, poruszać dowolnie stopą itd. Chodzenie o własnych siłach jest wprost niemożliwe. Podtrzymywany pod pachy, posuwa się chory z trudem naprzód, trzymając nogi zupełnie sztywnie. Dopiero po pewnym czasie może je nieco zginać w kolanach; czyni to wszakże z obawą, tembardziej, że zwłaszcza przy kilku pierwszych zgięciach występuje nader silne drżenie kończyn.

Odruchy ścięgniste wszędzie bardzo żywe. Po uderzeniu młotkiem w ścięgno mięśnia czworogłowego uda powstaje skurcz nie tylko tego mięśnia, ale także i innych mięśni uda. To samo dzieje się przy badaniu odruchu na ścięgnie Achillesa za pomocą młotka, lub przy silnem zginaniu stopy w celu wywołania objawu stopowego.

Przy badaniu odczynu mięśni prądem stałym znaleziono K S Z =, lub niewiele > od A S Z. Przy otwieraniu prądu nie występuje skurcz ani przy anodzie, ani przy katodzie. Rytmicznego falowania mięśni, spostrzeganego niekiedy u myotoników podczas stałego przepływania prądu galwanicznego o nieco silniejszem natężeniu, w naszym przypadku nie można było zauważyć. Wrażliwość mięśni na działanie prądu przerywanego wzmożona. Już przy nieznacznem stosunkowo wysunięciu cewki wywołać można skurcze, utrzymujące się jeszcze dość długą chwilę po zaprzestaniu drażnienia.

Zaburzenia nerwowe okazywały, zwłaszcza w pierwszych tygodniach pobytu chorego w szpitalu, pewne wahania, zależne od stanu powietrza, a poza tem także i od pory dnia. W dnie chłodne i dżdżyste były ruchy w wyższym stopniu utrudnione, aniżeli w dnie ciepłe i pogodne, w godzinach rannych więcej, aniżeli wśród dnia. Na szczegóły te sam chory zwracał uwagę, jak nie mniej i na to, że w miarę, im bardziej zmuszał się do chodzenia, tem rychlej poprawiał się stan jego. I poprawa postępowała względnie bardzo szybko. Już z końcem sierpnia nie można było dostrzedz kurczowego napinania się mięśni twarzy, szczękościsk, tak wyraźny z początkiem pobytu chorego w szpitalu, ustąpił zupełnie. W kończynach górnych powróciła swoboda ruchów. Przy chodzeniu zaznaczała się jeszcze wprawdzie przy kilku pierwszych krokach pewna sztywność, ale w tak małym stopniu, że nie krępowała chorego prawie zupełnie. Jedynie tylko w mięśniach piersiowych i brzusznych utrzymywał się

stan myotoniczny. Widać to bardzo dobrze na fotografii[1]), zdjętej 2. września w dniu wypuszczenia chorego z oddziału.

2. Sačir B. 27-letni robotnik z Sarajewa, przyjęty na oddział 10. kwietnia 1915. Wywiady rodzinne bez znaczenia. O sobie podaje chory, że ważniejszych chorób nie przechodził. Zupełnie stanowczo utrzymuje, że nie doznawał dawniej nigdy żadnych przypadków ze strony narządu nerwowego. Od wybuchu wojny przez osiem miesięcy pełnił służbę z tytułu świadczeń wojennych jako woźnica przy taborach wojskowych, przebył wiele trudów i niedostatków, wielokrotnie przeziąbł i przemokł. W związku z tem miewał dotkliwe bole mięśniowe. Obecna choroba rozpoczęła się prawie zupełnie nagle przed 10 dniami. Pierwszym jej objawem była trudność otwierania ócz i podwójne widzenie, powracające okresowo, oraz niemożność otwierania ust, tak uporczywa, że chory nie mógł wcale spożywać stałych pokarmów i odżywiał się tylko płynami. Po paru dniach przyłączyło się do tego uczucie napinania i ściskania w klatce piersiowej, ból mięśni piersiowych i duszność. Uczucie napięcia rozszerzyło się wkrótce na całe ciało i wreszcie doszło do tego, że chory nie mógł się prawie zupełnie poruszać. Jeśli z całym wysiłkiem woli zdobył się na jakikolwiek ruch, wtedy wystepowało natychmiast stężenie i drganie mięśni. Zjawiało się ono nawet po kichnięciu lub przy energicznem ucieraniu nosa. Niekorzystny wpływ na cały stan wywierać miało wilgotne i chłodne powietrze oraz wszelkie wysiłki ruchowe. Powietrze ciepłe i zupełny spoczynek działały rzekomo łagodząco.



Ryc. I.



Ryc. II.

Wynik badania. Wzrost średni, budowa ciała i odżywienie dobre. Skóra nieco blada. Na lewym barku blizna po oparzeniu. W okolicy prawego kolana gojące się powierzchowne owrzodzenia. Poza znaczną wrażliwością skóry wobec bodźców mechanicznych, termicznych i elektrycznych, czucie zupełnie prawidłowe. Mięśnie miernie rozwinięte, tkliwe, a nawet wprost bolesne przy ucisku, okazują nawet w zupełnym spokoju znaczny stopień napięcia. Każdy ruch wywołuje natychmiast długotrwały skurcz toniczny, któremu towarzyszą skurcze kloniczne. Skutkiem nieprawidłowego odczynu mięśni twarzy zmienia się przy próbie mówienia lub jedzenia doraźnie jej wyraz: Brwi unoszą się ku górze, na czole powstają liczne zmarszczki, szpara powiekowa zwęża się tak bardzo, że przez wązką szczelinę dojrzeć można zaledwo wązki rąbek rogówki, fałdy nosowopoliczkowe uwydatniają się nader silnie, usta i szczęki zaciskają się kurczowo. Po nastaniu poprawy nadmieniał chory, że doznawał w takich chwilach równocześnie uczucia skołkowacenia języka, a przy połykaniu uczucia ściskania w gardle. Zupełnie podobnie zachowują się mięśnie całego ciała. Na pełną uwagę zasługuje przytem ten szczegół, że skurcz, powstający w mięśniu lub w grupie mięśni pobudzonych do ruchu, przenosi się coraz dalej i obejmuje wreszcie całe ciało. Zaznacza się tu bardzo wyraźnie równoczesna »innerwacya«, a wraz z nią i skurcz mięśni przeciwniczych (antagonistów). Ażeby powstać z siedzenia, potrzebuje chory niezbędnie obcej pomocy. Wszystkie mięśnie napinają się przytem tak bardzo, że całe ciało wprost sztywnieje. Ten powszechny kurcz, od którego nie są wyłączone także mięśnie twarzy, widać dobrze na załączonej rycinie.

O nadmiernej pobudliwości mięśni świadczą wyniki badania ich wrażliwości na działanie podniet mechanicznych i elektrycznych. Po uderzeniu młotkiem opukowym np. mięśni szyi powstaje silny odruch z odpowiednim przechyleniem głowy, utrzymującem się conajmniej przez kilkanaście sekund. Skurcz tychże mięśni i zmianę położenia głowy wywołać można, jako następstwo dalszego przenoszenia się podniety, także przez opukiwanie mięśni twarzy. Na każdym uderzonym mięśniu dostrzedz można po uderzeniu bardzo powolne rozkurczanie się. Wszędzie, najwyraźniej na piersiach, na kończynach górnych i dolnych, tworzy się w miejscu uderzenia gruby wał, od którego w obu kierunkach dążą faliste skurcze całych pęczków.

Przy bezpośredniem drażnieniu mięśni prądem stałym powstają KSZ i ASZ prawie przy tej samej sile prądu, mierzonej w miliamperach. Skurcz nie ogranicza się na sam tylko drażniony mięsień, ale obejmuje także mięśnie sąsiednie. Nieco silniejsze prądy sprawiają, że skurcz utrzymuje się jeszcze dłuższą chwilę po otwarciu koła. To samo zjawisko powstaje jeszcze wyraźniej po nieco dłuższem drażnieniu zapomocą prądu przerywanego.

W przeciwieństwie do wzmożonej i chorobliwie zmienionej pobudliwości mięśni zachowują się odruchy ścięgniste zupełnie prawidłowo. Podobnie ma się rzecz z odruchami skórnymi.

W narządach wewnętrznych zmian niema.

Liczba tętna w spokoju 64—68, podnosi się znacznie przy usiłowanych ruchach i dochodzi do 94. Parcie krwi, mierzone przyrządem Recklinghausena, max 118, min 66 m/m Hg.

Ciepłota ciała podnosiła się podczas pierwszych dwóch dni w godzinach popołudniowych do wysokości stanu podgorączkowego, później była zupełnie prawidłowa.

Skład krwi: c. czerw. 4.600,000; c. b. 4600, hglb. 75%, (Königsberg, Autenrieth.) Stosunek odsetkowy ciałek białych: c. neutrochłonnych 60·8%, limfocytów 28·4%, splenocytów 7·2%, eozynochłonnych 3·6%.

Po wstrzyknięciu 0·001 adrenaliny nie można w moczu wykryć żadnych śladów cukru. Po 100 gm. galaktozy ten sam wynik. Po 200 gm. galaktozy pojawił się cukier w małej ilości po upływie godziny; wydzielanie ustało między 3. a 4. godziną.

Po wstrzyknięciu 0,01 chlorku pilokarpiny słaby odczyn, z miernym ślinotokiem, trwającym przez niespełna godzinę.

Przebieg choroby da się skreślić w krótkich słowach. Podczas pierwszych dni pobytu chorego w szpitalu utrzymywał się stan jego bez ważniejszej zmiany. Wszelkie próby, aby siłą woli przezwyciężyć niesprawność mięśni, nie odnosiły skutku. Na podstawie bezpośredniego spostrzegania można było potwierdzić szczegóły, podane w wywiadach o niekorzystnym wpływie usiłowanych ruchów na stan mięśni. Nie wpływały one bynajmniej korzystnie, a raczej wywoływały skutek wręcz przeciwny, sprowadzając tem większe wyczerpywanie się i malenie siły mięśni. Dopiero w drugiej połowie kwietnia zaczął się stan chorego widocznie poprawiać. Najwcześniej ustąpiły kurcze w mięśniach twarzy. 25/4 zapisano: Chory może od kilku dni jeść i mówić zupełnie swobodnie. Sprawność ruchów rąk dobra. Siła ręki prawej 28, lewej 30, oburęcznie 50 klgm. Chód nieco sztywny. Z początkiem maja ustąpiły zmiany także i w kończynach dolnych. Przy wypuszczeniu chorego z oddziału 5. V. można go było uważać za zupełnie wyleczonego. Odczyn myotoniczny w mięśniach ustąpił zupełnie.

W obrazie choroby obydwóch opisanych przypadków, jakkolwiek nie są one wcale identyczne, dopatrzeć jednak można kilku wspólnych rysów. Należą do nich ostry początek choroby i nagłe wystąpienie zboczeń ruchowych, powszechność tych zboczeń i wielkie ich nasilenie, pojawienie się kurczów mięśniowych najwcześniej w obrębie twarzy, obecność, przynajmniej w początkach choroby, bolów mięśniowych, wreszcie nader pomyślny przebieg całej sprawy, kończący się u jednego chorego powrotem stanu zupełnie prawidłowego, u drugiego niemal zupełnem ustąpieniem zboczeń czynnościowych.

---

[1]) Choremu polecono zgiąć się i wyprostować. W chwili, kiedy stanął prosto, dokonano zdjęcia.

W pierwszym przypadku wprowadzićby należało zjawienie się stanu myotonicznego w związek z urazem, który stał się powodem zranienia części miękkich i złamań kości palców ręki prawej. Samego urazu nie sposób jednak uważać za istotną przyczynę dysfunkcyi mięśni. Przyjąćby tylko można, że dał on pohop do ujawnienia się stanu chorobowego, zapewne przy współdziałaniu czynnika psychicznego. Jest w każdym razie rzeczą znaną, że tego rodzaju wpływy działają niekorzystnie na myotoników i potęgują zaburzenia ruchów. I niewątpliwie przyjąć można, że przy istniejącem usposobieniu za ich wpływem ujawniać się może stan myotoniczny. Przykładem mogą tu być zresztą spostrzeżenia Petersa i Schönfelda. W pierwszem z nich rozwinęła się myotonia po przestrachu, w drugiem po ukąszeniu przez psa.

Co do swojej istoty, posiadały zboczenia w czynności mięśni znamiona, właściwe myotonii wrodzonej: Niesprawność i stężenie mieśni występowały nader wyraźnie po dłuższym spoczynku i przy pierwszych ruchach, malały, wreszcie ustępowały zupełnie przy powtarzaniu tych samych ruchów. W małym stopniu można je było stwierdzić nawet i wtedy, gdy choroba w ostrej postaci ustąpiła zupełnie i chory prawie zupełnie nie był krępowany w swych ruchach. Za ważny poczytywać trzeba i ten jeszcze szczegół, że odczyn myotoniczny w mięśniach nie zniknął zupełnie, lecz utrzymywał się dalej, jakkolwiek w mniejszym stopniu. Uwzględniwszy to wszystko, należałoby wyrazić przypuszczenie, że mieliśmy przed sobą chorego, u którego choroba Thomsena istniała już dawniej w zarodku, w postaci zupełnie utajonej. Dla czego ujawniła się aż tak poźno, w 20. roku życia, jakkolwiek na urazach psychicznych i fizycznych nie zbywało zapewne i we wcześniejszych latach życia, wytłomaczyć nie możemy.

O wiele jaśniej przedstawia się pod względem etyologii drugi przypadek. Tu na podstawie opowiadania chorego przyjąć trzeba, że w powstaniu niesprawności mięśni niewątpliwą rolę odgrywały niekorzystne wpływy atmosferyczne w połączeniu ze znacznymi wysiłkami fizycznymi. Że stopień jednych i drugich był prawdopodobnie bardzo znaczny, wynika wprost z istoty zajęcia chorego i z istoty warunków, w jakich wypadło mu pełnić służbę. Na tle tych szkodliwych wpływów rozwinął się gościec mięśniowy, albo, innemi słowy, przewlekły stan zapalny w mięśniach. Wyrazem tego stanu były bole, oraz osłabienia i niewytrzymałość mięśni. Równocześnie nastać musiało także obniżenie sprawności biologicznej i niemożność należytego spełnienia tych zadań komórkowych, które stanowią o prawidłowej pracy włókien mięsnych. Ze zmianami temi musiał chory dalej pracować, podlegając bez przerwy złym wpływom atmosferycznym, a niewątpliwie także działaniu urazów psychicznych. Mięśnie popadły wtedy w stan chorobliwej drażliwości i na podniety odpowiadać zaczęły nieprawidłowym odczynem, właściwym myotonii.[1])

Za związkiem przyczynowym między sprawą zapalną w mięśniach, a stanem myotonicznym, przemawia także cały przebieg choroby w tym przypadku. Przedewszystkiem zwraca uwagę zachowanie się mięśni pod względem ruchów. U chorych na myotonię wrodzoną są ruchy najbardziej utrudnione zwłaszcza wtedy, gdy mięśnie przez dłuższy czas spoczywały; ruchy powtarzane wpływają stanowczo korzystnie. U naszego chorego działo się wprost przeciwnie. Tu raczej spokój działał dodatnio. Wysiłki, zmierzające do wykonania jakiejkolwiek czynności, nie tylko nie zmniejszały przy powtarzaniu ruchów tonicznego napięcia mięśni, ale raczej powodowały wyczerpanie mięśni, a wraz z tem stan, podobny do osłabienia, cechującego ciężką myastenię. Dopiero w miarę, jak ustępowały bole mięśniowe, albo, powiedzmy lepiej, przyczyna bolów, zmiany zapalne w mięśniach, powracać zaczęła sprawność ruchów. Wraz z tem znikał także odczyn myotoniczny Erba. Niespełna w dwa tygodnie po przyjęciu do szpitala mógł chory zupełnie swobodnie używać mięśni całej górnej połowy ciała. Wkrótce potem odzyskały całkowitą sprawność także mięśnie kończyn dolnych.

Stwierdzając łączność między sprawą zapalną w mięśniach i dysfunkcyą mięśni, nie ulegającą, jak się zdaje, żadnej wątpliwości, nie możemy jednak dać odpowiedzi na pytanie, dlaczego zaburzenia czynnościowe wyrodziły się w tym przypadku w stan myotoniczny. Gościec mięśni spotyka się względnie bardzo często, a jednak mięśnie, dotknięte nim, kurczą się i rozkurczają prawidłowo i nie okazują wobec podniet mechanicznych i elektrycznych na wskróś zmienionego odczynu. Z drugiej znów strony wiemy, że u myotoników nie należą bole mięśniowe do obrazu choroby. Toteż niemal koniecznie przyjąć trzeba, że w opisanym przypadku działały jeszcze jakieś inne czynniki oprócz zapalenia — może czynniki wrodzone — które przedtem były za słabe, aby wywierać widoczny wpływ na czynność mięśni, a nabrały znaczenia dopiero wtedy, gdy mięśnie popadły w stan zapalny. Przyjmując, względnie przypuszczając istnienie tego rodzaju czynników, nie zyskujemy co prawda żadnych rzeczowych szczegółów, ale w ten sposób tworzymy przynajmniej pomost między patogenezą myotonii wrodzonej i tej jej postaci, którą mieliśmy sposobność spostrzegać u naszego chorego.

[1]) Pojmując w powyższy sposób patogenezę dysfunkcyi mięśni w naszem spostrzeżeniu, zbliżamy się do zapatrywań Jensena o powstawaniu myotonii wrodzonej, który przyczynę tej choroby w ostatniej instancyi upatruje w nieprawidłowej asymilacyi materyałów odżywczych i w nazbyt wolnem spalaniu, względnie wydalaniu zużytych wytworów przemiany pierwiastków.

Z c. i k. pracowni Wassermannowskiej w Krakowie.

Odczyn Wassermanna, wykonany z surowicą krwi, płynem z jamy brzusznej i z moczem tegosamego chorego.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

Wiadomo, że wynik dodatni odczynu Wassermanna w surowicy krwi świadczy o przebytem zakażeniu kiłowem, ale zmian chorobowych swoistych nie umiejscawia w tym lub innym narządzie. Inne znaczenie ma odczyn Wassermanna dodatni w płynie mózgowordzeniowym, w którym występować może niezależnie od własności surowicy krwi; wskazuje wtedy na układ nerwowy ośrodkowy; ale jak należy oceniać i rozumieć wynik dodatni odczynu Wassermanna w wysiękach, przesiękach i w moczu, — tego nie wiemy. Zachodzi pytanie, czy w cieczach tych, podobnie jak w płynie mózgowordzeniowym, występować może dodatni odczyn Wassermanna, niezależnie od własności surowicy krwi, — czy też dodatni odczyn Wassermanna w tych cieczach jest tylko wyrazem własności surowicy krwi?

Z tego założenia wychodząc, opisujemy następujący przypadek; dotyczący 34-letniego mężczyzny, który zmarł dn. 8. I 1917 po $1^1/_2$-miesięcznym pobycie w szpitalu (oddział 1 szpitala załogi 1.) Rozpoznanie anatomiczne opiewa (Prof. Dr K. Gliński): Tuberculosis fibrosa cum cavernis obsoletis apicis pulmonis utriusque; tuberculosis miliaris dispersa pulmonum (valde pauca tubercula); cicatrices lobi inferioris pulmonis sinistri cum bronchiectasibus; amyloidosis renum, lienis (diffusa); hydrops universalis; laparotomia facta; abscessus incapsulatus in cicatrice post laparotomiam; peritonitis purulenta. Z protokołu sekcyi przytaczamy opisy następujących narządów:

Wątroba: gołem okiem: prawidłowa, pod drobnowidem: ściany nielicznych tętniczek skrobiowato zmienione.

Śledziona; gołem okiem: znacznie powiększona, ($13·5 \times 9 \times 4·5$ cm) twarda, miąższ ciemno-wiśniowy, plastyczny, jodem się barwi prawie jednostajnie ciemno-brunatno; pod drobnowidem: rozlane zmiany skrobiowate, tylko tu i ówdzie spotkać można niezmienione grudki limfatyczne (ciałka Malpighiego).

Nerki: gołem okiem: silnie powiększone (lewa $13 \times 7 \times 5·5$, prawa $12·5 \times 7 \times 4·5$ cm), torebka schodzi łatwo, powierzchnia nerki gładka, gdzieniegdzie tylko widać małe czerwonawe wciągnięcia; miąższ miernie ukrwiony, substancya rdzeniowa czerwona, kora bardzo szeroka, żółtawo biała, rysunek zupełnie zatarty; pod drobnowidem: silna skrobiawica kłębuszków, naczyń doprowadzających i tętnic międzyzrazikowych; tu i ówdzie skrobiawica błonek podstawnych kanalików prostych; nabłonek, zwłaszcza kanalików krętych, silnie wakuolizowany, zawiera liczne kuliste twory o szklistem wejrzeniu, a obok tego nieliczne kulki tłuszczu; jądra przeważnie niedostrzegalne, pozostałe nabłonki zmienione tłuszczowo w wysokim stopniu (tłuszcz i igiełki lipoidów w skrawkach zamrażanych i barwionych czerwienią szkarłatną); liczne komórki nabłonkowe, zawierające kulki tłuszczu i lipoidy, leżą wolno w świetle kanalików; i w tkance śródmiąższowej widać śród- i poza-komórkowo ułożone złogi lipoi-

dów; w świetle kanalików liczne szkliste wałeczki, złuszczone, obumarłe i stłuszczone komórki nabłonkowe, skrzepłe białko, miejscami dość liczne krwinki białe wielojądrzaste; tkanka śródmiąższowa części korowej miejscami silnie obrzękła, drobnokomórkowo naciekła (z silną domieszką wielojądrzastych leukocytów).

Szczegółowego opisu innych narządów podawać nie potrzeba, bo albo dostatecznie je opisano w rozpoznaniu anatomopatologicznem, albo nie przedstawiają szczególniejszych zmian.

Chory od czasu przyjęcia, przez cały czas pobytu w szpitalu, miał silną puchlinę ogólną, jamy brzusznej i białkomocz bardzo wysokiego stopnia. Ropne zapalenie otrzewnej powstało następowo po otwarciu jamy brzusznej; zabieg ten wykonano z tego powodu, ponieważ się spodziewano guza w okolicy trzustki; jednakże nie stwierdziła go ani operacya, ani nekroskopia. Po przytoczeniu szczegółowem zmian anatomicznych, podawanie przebiegu choroby w danym przypadku jest zbyteczne. Skoro się okazało, że surowica krwi daje odczyn Wassermanna dodatni, badano w tymsamym kierunku płyn z jamy brzusznej i mocz tego chorego. Myślą przewodnią przy tem było założenie, że kiłowy »dwuchwytnik« jest związany z obecnością globulin. To zapatrywanie na przyrodę kiłowego »dwuchwytnika« jest co prawda nie jedyne (ciałem podstawowem kiłowego »dwuchwytnika« mają być nukleoproteidy, względnie połączenia lipoidów z ciałami białkowemi), ale jest ono z pośród wszystkich najlepiej poparte doświadczeniami. Zanim więc przystąpiliśmy do wykonania odczynu Wassermanna z płynem z jamy brzusznej względnie z moczem, przekonaliśmy się uprzednio, że ciecze te zawierają globuliny. Używanie wysięku do próby Wassermanna nie wymaga żadnego osobliwego postępowania z tym wysiękiem, z wyjątkiem tego, że stosownie do mniejszej zawartości białka w danym płynie wskazane jest używanie go przy wykonywaniu odczynu Wassermanna w większej ilości, niż się używa surowicy krwi.

Inaczej z moczem. R. Bauer dowiódł w swych doświadczeniach, że mocz przedstawia odpowiedni przedmiot badania do próby Wassermanna tylko wtedy (prócz tego, że zawiera dostateczną ilość globulin), jeżeli się go uprzednio odpowiednio zobojętni za pomocą $^1/_{10}$ n. Na OH, bo inaczej sam przez się wywołuje wstrzymanie hemolizy.

Doświadczenia nasze tak się przedstawiają: Odczyn Wassermanna z płynem z jamy brzusznej, względnie z moczem nastawiano zawsze w dwu szeregach; w pierwszym używano (na wzór badania surowicy) 0·2 cm³ jednej z wymienionych cieczy, a wywoływacza w dawkach: 0·3, 0·2, 0·1 cm³; w drugim szeregu (na wzór badania płynu mózgowordzeniowego) brano moczu względnie płynu z jamy brzusznej w dawkach 1·0, 0·8, 0·6, 0·4 i 0·2 cm³, a wywoływacza zawsze w ilości 0·3 cm³. Jako wywoływacza używano wyskokowych wyciągów z wątroby kiłowej. Każdym razem odczyn Wassermanna nastawiano w dwu równoległych rzędach, każdy z innym wywoływaczem, ale we wszystkich doświadczeniach użyto jednych i tychsamych wywoływaczy. Odczyn nastawiono przy 3 cm³ ogólnej ilości cieczy. Przed użyciem do próby Wassermanna płyn z jamy brzusznej unieczynniono, natomiast mocz musiano wpierw zobojętnić; zobojętniano jednak mocz nie za pomocą $^1/_{10}$ n. Na OH, lecz 10% rozczynem Na_2CO_3, a jako wskaźnika używano papierka lakmusowego; do moczu dawano tyle kropel 10% Na_2CO_3, ile było potrzeba, aby papierek lakmusowy czerwony przybrał barwę wyraźnie niebieską. Tak zobojętniony mocz, nim go użyto do odczynu Wassermanna, »unieczynniano« przez $^1/_2$ godziny przy 56° C; »unieczynniano« go zaś w tym celu, aby globuliny same przez się nie wstrzymywały hemolizy. W ciągu doświadczeń przekonano się jednak, że mocz mimo, iż oddziaływa zasadowo, sam przez się wstrzymuje hemolizę. W przypuszczeniu, czy może w ten sposób zobojętniony mocz nie działa szkodliwie na układ hemolityczny skutkiem zbyt wysokiego ciśnienia osmotycznego, rozcieńczaliśmy mocz już zobojętniony, wodą przekroploną w stosunku 1 : 2 i 1 : 4, a odczyn Wassermanna nastawialiśmy z moczem nierozcieńczonym samohamującym i z rozcieńczeniami jego nie uszkadzającemi układu hemolitycznego; rozcieńczenia moczu jednak, ponieważ zawierały mniej białka, a temsamem globulin zasadniczego jądra »dwuchwytnika« kiłowego, stanowiły w porównaniu z moczem nierozcieńczonym pod tym względem mniej wartościowy przedmiot badania.

Z moczem nierozcieńczonym i rozcieńczeniami jego wykonano odczyn Wassermanna w odstępach kilkodniowych siedem razy. Sześć razy okazywał mocz następujące własności: Ciężar właściwy wahał się między 1025 a 1030; ilość białka wynosiła 1·65% do 2·97% (Stolnikow), a kwaśność 6—8 kropel 10% rozczynu Na_2CO_3 na 10 cm³ moczu. Ilość globulin oznaczano mianem najsilniejszego rozcieńczenia moczu, które po dodaniu równej ilości nasyconego w ciepłocie pokojowej $(NH_4)_2SO_4$, okazywało w ciągu 10 minut wyraźne opalizujące zmętnienie; w ten sposób oznaczane wynosiło miano globulin $^1/_{80}$ — $^1/_{150}$ rozcieńczenia moczu za pomocą rozczynu fizyologicznego Na Cl. Stopień rozcieńczenia moczu rozumie się przed dodaniem doń równej ilości rozczynu $(NH_4)_2SO_4$. Raz jeden, a mianowicie mocz, który chory oddał kilka godzin przed śmiercią, okazywał ciężar właściwy 1055, zawierał białka 6·6% (Stolnikow), globulin miano wynosiło $^1/_{1000}$, a na 10 cm³ moczu, aby je zobojętnić na lakmus, musiano dodać 12 kropli 10% Na_2CO_3. Dodatni wynik odczynu Wassermanna w szeregu, odpowiadającym badaniom surowicy krwi, otrzymano tylko raz jeden, a mianowicie z moczem (nierozcieńczonym), którego własności właśnie podano (kontrola t. zn. 0·4 cm³ moczu bez antygenu całkowita hemoliza, we wszystkich innych zaś trzech rurkach ani śladu hemolizy); inne sześć razy odczyn wypadł ujemnie. W szeregu drugim, na wzór badania płynu mózgowordzeniowego, odczyn Wassermanna wypadł dodatnio dwa razy.

2. I 1917 mocz ma następujące własności: c. wł. 1030, białko 2·97% (Stolnikow), miano globulin $^1/_{150}$ rozcieńczenia moczu. Tenże mocz w odczynie Wassermanna zachowuje się w następujący sposób: 1 cm³ moczu nierozcieńczonego sprawia sam przez się (bez współdziałania wywoływacza) zupełne wstrzymanie hemolizy; 1 cm³ moczu rozcieńczonego równą ilością wody przekroplonej, nie uszkadza wcale układu hemolitycznego. Dla odczytania wyniku odczynu zużytkowano jednak dopiero rozcieńczenie moczu 1 : 4, a to dlatego, ponieważ kontrola (podwójna dawka moczu bez wywoływacza, największej badanej) jest 1 cm³ moczu rozcieńczonego 1 : 2. Dodatni wynik odczynu Wassermanna w rozcieńczeniu moczu $^1/_4$ tak się przedstawia: Dawki 1·0 i 0·8 cm³ nie okazują ani śladu hemolizy, w dawce 0·6 cm³ jest silna, ale nie całkowita, w mniejszych całkowita hemoliza; drugi raz otrzymano dodatni wynik z moczem, który już w pierwszym szeregu, na wzór badania surowicy krwi, oddziaływał dodatnio; i w tym moczu dodatni wynik odczytano w rozcieńczeniu 1 : 4, ze względu na kontrolę, którą był 1 cm³ moczu rozcieńczonego 1 : 2. Dodatni wynik odczynu Wassermanna z rozcieńczeniem moczu 1 : 4 tak się przedstawia: dawki: 1·0, 0·8 i 0·6 cm³ moczu sprawiają całkowite zahamowanie hemolizy, w dawce 0·4 jest silna, a w dawce 0·2 cm³ moczu całkowita hemoliza.

Dlaczego dodatni wynik odczynu Wassermanna otrzymano w szeregu na wzór badania płynu mózgowordzeniowego tylko dwa razy, a w szeregu odpowiadającym badaniu surowicy krwi tylko jeden raz, — łatwo zrozumieć, skoro się uwzględni, że odczyn Wassermanna wypadł dodatnio w tych moczach z pośród badanych, które zawierały największe ilości globulin. W moczach, dających odczyn Wassermana ujemny, była widocznie ilość globulin, ciał podstawowych dla »dwuchwytnika« kiłowego, za mała, by wywołać dodatni wynik próby.

Z płynem z jamy brzusznej wykonano odczyn Wassermanna dwa razy w odstępie kilkodniowym. Płyn ten miał oba razy następujące własności: Prawie bezbarwny, bardzo silnie opalizujący, tak że wskutek tego omal nieprzeźroczysty; na powierzchni płynu, zostawionego w spokoju w lodowni przez całą noc, nie zbiera się kożuszek tłuszczu; tłuszczu nie da się wyciągnąć z płynu za pomocą eteru, a płyn wstrząsany dłuższy czas z eterem nie traci swych własności opalizujących, które przeto nie są spowodowane kulkami tłuszczu, ale nukleoproteidami; c. wł. płynu wynosił: 1008, białka zawierał 0·3% (Stolnikow); globulin miano wynosiło $^1/_{15}$ rozcieńczenia płynu; płyn zawierał bardzo wiotkie i nieliczne skrzepy. Skoro odczyn Wassermanna z płynem z jamy brzusznej wypadł dwukrotnie ujemnie, nasunęło się pytanie — dlaczego? Czy dlatego, że globuliny w płynie z jamy brzusznej mają inne własności, niż globuliny krwi tegosamego chorego? Czy też może przyczyną ujemnego wyniku odczynu Wassermanna w płynie z jamy brzusznej nie jest jakość własności globulin, lecz niedostateczna ich ilość? Aby sprawę tę rozstrzygnąć, sporządzono rozcieńczenia surowicy krwi tegosamego chorego w rozczynie fizyologicznym Na Cl, jedno o mianie globulin $^1/_{20}$, drugie o mianie $^1/_{10}$; z jednem i drugiem rozcieńczeniem nastawiony odczyn Wassermanna na wzór płynu mózgowordzeniowego wypadł dodatnio. Mianowicie rozcieńczenie o mianie globulin $^1/_{10}$, wywołuje w dawkach 0·8 i 1·0 cm³, a rozcieńczenie o mianie $^1/_{20}$ w dawkach 0·6, 0·8 i 1·0 cm³ całkowite zahamowanie hemolizy. Doświadczenia te wykazują, że równe sobie stężenia globulin w płynie z jamy brzusznej z jednej strony, a surowicy krwi tegosamego chorego z drugiej strony, zachowują się w odczy

nie Wassermanna niejednakowo; podobnie rzecz się ma z globulinami w moczu tegosamego chorego, które dodatni odczyn Wassermanna dają dopiero przy mianie $^1/_{37}$. — Tosamo widział Bauer w swoich badaniach moczu sposobem Wassermanna; przypisuje on to zachowanie się globulin wpływowi chemicznemu składników moczu. Wobec tego jednak, że w naszych doświadczeniach globuliny płynu z jamy brzusznej i moczu zachowują się jednakowo, przypuszczenie Bauera nie jest słuszne; przyczyny atoli różnego zachowania się, pod względem siły odchylania dopełniacza w odczynie Wassermanna, globulin w płynie z jamy brzusznej i moczu z jednej, — a globulin surowicy krwi tegosamego chorego z drugiej strony, na podstawie tego jednego przypadku nie rozumiemy. Aby módz wysnuć wnioski z różnicy siły odchylania dopełniacza, globulin w moczu względnie wysięku z jednej, a globulin surowicy krwi jednego i tegosamego chorego z drugiej strony, potrzebne są dalsze w tym kierunku badania i spostrzeżenia kazuistyczne.

Bauer opisał pięć przypadków dodatniego odczynu Wassermanna w moczu, wszystkie u chorych, których surowica krwi również dawała dodatni odczyn Wassermanna. Czy dodatni odczyn Wassermanna w moczu był następstwem swoistego schorzenia nerek, czy tylko następstwem przechodzenia globulin surowicy do moczu u chorych kiłowych z dodatnim odczynem Wassermanna w surowicy krwi, a schorzeniem nerek nieswoistem, tego Bauer rozstrzygnąć nie mógł. I nasze badania, aczkolwiek poparte przez badania histologiczne nerek Prof. Dr Glińskiego, pytania tego nie mogą rozstrzygnąć, chociaż ze względu na obfitość lipoidów w tkance nerkowej badania histologiczne zdają się przemawiać za swoistem schorzeniem nerek; i dopóki nie znajdzie się choć jeden przypadek kliniczny z dodatnim odczynem Wassermanna w wysięku względnie moczu, a ujemnym w surowicy krwi, dopóty sprawa miejscowego powstawania »dwuchwytnika« kiłowego w moczu względnie wysięku będzie nierozstrzygnięta, a skutkiem tego także dodatni odczyn Wassermanna w wysięku względnie moczu nie będzie rozstrzygać o przyrodzie schorzenia danego narządu.

Z samego początku podano, że mocz zobojętnialiśmy nie na wzór Bauera za pomocą $^1/_{10}$ n. NaOH, tylko za pomocą 10% Na_2CO_3, a jako wskaźnika używaliśmy nie fenolftaleiny, ale lakmusu; obszernie zaś opisano, że skoro mocz mimo zobojętnienia go, aczkolwiek w mniejszym stopniu, jednak dalej sam przez się wstrzymywał hemolizę, do doświadczeń używaliśmy moczu rozcieńczonego. Rozcieńczając mocz do doświadczeń, przypuszczaliśmy, że może zbyt wysokie ciśnienie osmotyczne zobojętnionego moczu przeszkadza rozpuszczaniu krwinek; nie wykluczonem jednak było, że 10% rozczynu Na_2CO_3 zachowuje się inaczej, niż $^1/_{10}$ n. NaOH wobec układu hemolitycznego i mocz, aczkolwiek zasadowy, właśnie dlatego sam przez się wstrzymuje hemolizę. Aby wyjaśnić to pytanie, przeprowadzono szereg doświadczeń następujących: Tensam mocz, silnie hamujący układ hemolityczny, zobojętniano w jednej części za pomocą $^1/_{10}$ n. NaOH, a w drugiej za pomocą $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3, używając jako wskaźnika lakmusu. Zachowanie jednej i drugiej części moczu wobec układu hemolitycznego było jednakowe, t. zn. rozpuszczanie krwinek odbywało się równie gładko w obecności części moczu zobojętnionej $^1/_{10}$ n. NaOH, jak i drugiej, zobojętnionej $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3. Tensam mocz zobojętniony na lakmus, ale przez $^1/n$ NaOH względnie $^1/n$ Na_2CO_3, tylko częściowo stracił własności uszkadzania układu hemolitycznego; widać to po tem, że tylko w obecności mniejszych dawek moczu krwinki ulegają rozpuszczeniu, dawki zaś 0·8 i 1·0 cm^3 nie pozwalają nawet na ślad hemolizy. Podobne wyniki otrzymuje się przy użyciu fenolftaleiny, jako wskaźnika do zobojętnienia moczu. Ale tutaj wypada podnieść, co następuje: Aby zobojętnić tensam mocz przy użyciu lakmusu jako wskaźnika, potrzeba równych ilości $^1/_{10}$ n. NaOH, jak i $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3, — natomiast przy fenolftaleinie jako wskaźniku wychodzi $^1/_{10}$ n. Na_2CO_3 prawie trzy razy tyle, jak $^1/_{10}$ n. Na OH. Aby więc skutkiem dodania nierównych ilości zasad do moczu nie badać na hemolizę wpływu nierównych rozcieńczeń jego, dodawano do moczu tylko tyle cm^3 $^1/_{10}$ n. względnie $^1/n$. rozczynu Na_2CO_3, ile zużyto cm^3 $^1/_{10}$ n. względnie $^1/n$. rozczynu NaOH, miareczkując mocz przy fenolftaleinie; mocz więc po dodaniu powyższej ilości rozczynu Na_2CO_3 był jeszcze kwaśnym na fenolftaleinę, ale już dawno zasadowym na lakmus. Kilkakrotnie różne, w różnym stopniu silnie hamujące mocze, zobojętniano za pomocą rozczynów Na OH, jak i Na_2CO_3 przy użyciu jako wskaźnika zarówno lakmusu, jak i fenolftaleiny (przy użyciu fenolftaleiny postępowano według powyższego sposobu). Mocze, zobojętniane czy na lakmus, czy na fenolftaleinę, za pomocą $^1/_{10}$ n. rozczynów, nie uszkadzały wcale układu hemolitycznego, — zobojętniane za pomocą $^1/n$ rozczynów, tylko w mniejszych dawkach pozwalały na rozpuszczenie krwinek.

Z doświadczeń tych wynika, że chcąc mocz pozbawić własności hamujących układ hemolityczny, nie wystarcza go tylko zobojętnić, ale należy go także odpowiednio rozcieńczyć. — Wobec tego zdanie Bauera: ».... te hamujące własności moczu zależą tylko od kwaśności moczu« jest niesłuszne, a to dlatego, że nie jest równoznacznem, czy zobojętniamy mocz $^1/_{10}$ n. czy $^1/n_1$ rozczynem; obojętną jest natomiast rzeczą, czy zobojętniamy mocz przez Na OH, czy przez Na_2CO_3. — Te doświadczenia tłumaczą też w zupełności, dlaczego mocz, użyty do odczynu Wassermanna, choć zobojętniony przez 10% rozczyn Na_2CO_3, mimo to uszkadzał układ hemolityczny.

Streszczenie.

Opisano w niniejszej pracy przypadek dodatniego odczynu Wassermanna w moczu chorego, którego surowica krwi, kilkakrotnie badana, okazuje ten odczyn wybitnie dodatni. Wynik histologicznego badania nerek, jeśli uwzględnić nowsze w tym kierunku spostrzeżenia, zdaje się przemawiać za schorzeniem nerek na tle swoistem. Globuliny w moczu i w płynie z jamy brzusznej tego chorego okazują słabsze własności odchylania dopełniacza, niż globuliny surowicy jego. Niepożądane i szkodliwe hamujące działanie moczu przy użyciu tegoż do odczynu Wassermanna daje się tylko częściowo usunąć przez zobojętnienie moczu; aby je zupełnie wykluczyć, musi się mocz do pewnego stopnia rozcieńczyć. W jakim stopniu własności fizyczne, a w jakim własności chemiczne moczu są przyczyną hamujących własności moczu, tego bliżej nie badano.

Piśmiennictwo: 1) R. Bauer u. A. Hirsch: Wien. klin. W. 1910 Nr 1. — 2) R. Bauer: Wien. klin. W. 1911 Nr 42. — 3) R. Bauer u. A. Hirsch: Wien. klin. W. 1912. Nr 4. — 4) K. Lange: Die Wa. R. w Kolle-Wassermanna Handbuch der path. Mikroorganismen. 5) F.aMunk: Med. Klinik. 1916 Nr. 39, 40, 41.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19 grudnia 1917

(w klinice chorób wewnętrznych.)

Przewodniczy kol. prezes Ciechanowski, obecnych: 42

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia poświęcił prezes gorące wspomnienie zmarłemu członkowi zwyczajnemu Towarzystwa bł. p. Drowi Ludwikowi Lustgartenowi i dłuższem przemówieniem uczcił pamięć zmarłego w dniu 18. b. m. w Warszawie członka honorowego Towarzystwa, prof. Dra Józefa Brudzińskiego, b. rektora Uniwersytetu warszawskiego. Przemówienia przewodniczącego obecni wysłuchali stojąc. (Przemówienie wyszło drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

2. Odczytano list od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, który brzmiał: »Towarzystwo lekarzy gal. przesyła Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu serdeczne podziękowanie za życzenia w dniu 50. rocznicy założenia Towarzystwa. Równocześnie składa najszczersze podziękowanie za uczczenie w artykule wstępnym naszego jubileuszu, tak szanownej Redakcyi Przeglądu lekarskiego, jak i wielce zasłużonemu autorowi artykułu, Panu prof. Stanisławowi Ciechanowskiemu. Jubileusz Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przeminął niepostrzeżenie w tych wojennych czasach. Choć późno, składamy teraz życzenia dalszego wzrostu i rozwoju dla Towarzystwa, do którego wszyscy starsi lekarze kiedyś należeli, co trwale zachowujemy w pamięci. Lwów 16/XII. 1917. Z Towarzystwa lek. gal.: Machek, prezes, Dr Juliusz Drak za sekretarza.«

3. Przewodniczący odczytał dwa pisma notaryusza Lipińskiego z Krakowa, dotyczące legatów ś. p. kol. Dra Skobla.

4. Kol. Borowiecki przedstawił chorego, l. 35, z ostrym zespołem porażeniowym w przebiegu leczenia szczepionkami Pasteurowskiemi przeciwko wściekliźnie. U chorego tego w 12 dni po rozpoczęciu leczenia, a w miesiąc po ukąszeniu przez psa wystąpiły bóle w nogach i kręgosłupie, niemożność chodze

nia, podwójne widzenie. Badanie przedmiotowe wykazało upośledzenie odruchu źrenicznego na światło i akomodacyę, niemożność skierowywania gałek ocznych na zewnątrz i podwójne widzenie przy patrzeniu w prawo i w lewo o charakterze diplopia homonyma i obrazach równolegle do siebie ustawionych, niezamykanie oczu po stronach obydwu, zniesienie fałdów nosowowargowych, niemożność pokazywania zębów, częściowy odczyn zwyrodnienia w zakresie mięśni twarzy po stronach obydwu, utrudnienie gryzienia, bolesność na ucisk n. n. podoczodołowych i innych pni nerwowych, nierówność odruchów kolanowych, zniesienie odruchów ze ścięgna Achillesa, lekki niedowład i stępienie czucia, zaznaczone najwyraźniej na obwodowych częściach kończyn dolnych. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało odczyn Nonne-Apelta dodatni i lekką pleocytozę (11 ciałek w mm³). Pomimo nieprzerywania leczenia przeciwko wściekliźnie stan poprawił się bardzo szybko; obecnie pozostało jako najcięższe i niemal jedyne zaburzenie porażenie obustronne nerwów twarzowych.

Przedstawiony wyżej obraz, który chcą niektórzy uważać za poronną postać porażną wodowstrętu, różni się od wodowstrętu krótszym okresem wylęgania, brakiem napadów skurczowych przełyku, gardła i mięśni oddechowych i stosunkowo dobrem rokowaniem (na 69 przypadków zebranych z literatury znalazł Sterling tylko 3 przypadki śmiertelne). Przypadki te przebiegają zupełnie niezależnie od szczepień Pasteurowskich, że zaś nie wiążą się z wścieklizną psa kąsającego, ale ze szczepieniem, świadczy o tem fakt, że spostrzegano je nawet u ludzi, pokąsanych przez psy zdrowe, a leczonych ze względów ostrożności przeciwko wściekliźnie. Zespół objawów, wyżej wyliczonych, przemawia za zajęciem nietylko nerwów obwodowych, ale nadto rdzenia i opon. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. prof. Nitsch: Podobne przypadki nie są rzadkie, a stały się częstymi zwłaszcza po r. 1900, odkąd do szczepionek zaczęto używać rdzeni stosunkowo świeżych, w każdym razie znacznie mniej wysuszonych, niż dawniej. W tem zdaje się leżeć przyczyna częstszego występowania porażeń. Rokowanie nie zawsze jest tak dobre, jak w przypadku przedstawionym, sam mowca spostrzegał 2 przypadki, które zakończyły się zajściem śmiertelnem.

5. Kol. doc. Nowaczyński wygłosił odczyt: **Nowoczesne badania i poglądy na zapalenie nerek.** (Rzecz będzie w całości ogłoszona drukiem).

W dyskusyi przemawiał kol. Glassner, zwracając uwagę, że podziały schorzeń nerkowych, ujęte przez Straussa, jak i Fahra i Vollharda, są bardzo ważnym przyczynkiem do rewizyi naszych dotychczasowych poglądów w tej sprawie, jednak wobec ciągłych, jeszcze w toku będących badań całego szeregu innych autorów, należy z ostatecznem ustaleniem jeszcze poczekać. Literatura z ostatnich kilku lat, poruszająca ten temat, jest tak bogata i tak nieraz sprzeczna, a w dodatku z takiem podnieceniem pisana, że przypomina czasem artykuły polemiczne z dziedziny bieżącej polityki. Nie można się temu dziwić, jeżeli się uwzględni różnorodność założeń anatomów, histologów i klinicystów. Podział, uskuteczniony przez Fahra i Vollharda, ma znacznie więcej zwolenników, niż podział Straussa; co zresztą jest o tyle słuszne, że Fahr i Vollhard sami przeprowadzili żmudne badania anatomiczne i czynnościowe, natomiast Strauss oparł swój podział nie tyle na własnych pracach, ile na budowaniu mostów między zapatrywaniami i badaniami swojemi, a pracami obcemi; jego podział ma charakter kompromisu. Co do cierpień nerkowych, połączonych z trwałą hypertonią i zaburzeniami naczyniowo-sercowemi, zaznacza kol. Glassner, że nie można wykluczyć, czy ich przyczyną nie jest niedomoga naczyniowa, polegająca na ustawicznych, przez lata całe istniejących zaburzeniach w stanie napięcia (tonus) naczyń, co upływa ujemnie na odżywienie i samych naczyń i miąższu nerkowego. Nowy podział i nowe poglądy, uwzględniając różny charakter niedomogi nerkowej, wpłyną dodatnio i na leczenie chorób nerek, które z drogi dawnego szablonu zwróci się ku różniczkowaniu istoty zaburzeń czynnościowych. (Streszczenie własne).

Dr Michejda, zast. sekr. dor.

Posiedzenie dnia 9 stycznia 1918

Przewodniczący: kol. prezes Ciechanowski, później Krzyształowicz. Obecnych: członków 25.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia odczytał kol. prezes list od rektora Kostaneckiego z podziękowaniem za mianowanie go członkiem honorowym.

2) Prezes podaje do wiadomości, że przy krakowskiem Kole Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych tworzy się stała Sekcya wychowania fizycznego, w której współpracować mogą także osoby, nie będące członkami T. N. S. W. Koledzy' którzyby chcieli uczestniczyć w pracach tej sekcyi, zechcą zgłosić się do kol. Ciechanowskiego.

3) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez prezesa, nowymi członkami zostali wybrani jednomyślnie następujący koledzy wzgl. koleżanki: Dr Helena Czerwińska, Dr Zofia Mostowska, Dr Julian Lustgarten i Dr Krzysztof Missona.

4) Na wniosek Zarządu, przedstawiony przez kol. prezesa Ciechanowskiego, zastępcą sekretarza dorocznego na r. 1918. wybrany został kol. Szancenbach.

5) Ustępujący Zarząd przedstawił **sprawozdanie za r. 1917.**

a) Kol. sekretarz stały prof. Nitsch złożył następujące sprawozdanie:

»W roku 1917. odbyło się w Tow. lek.: 33 posiedzeń w czasie od 10. stycznia do 19. grudnia z przerwą $2^1/_2$ miesięcy w czasie wakacyi. Na posiedzeniach tych wygłoszono 39 odczytów z różnych działów umiejętności lekarskich. Jedno posiedzenie było sprawozdawcze, jedno poświęcone »ankiecie wstępnej w sprawie zboczeń wywołanych wadliwem lub niedostatecznem odżywianiem«, a na jednem prof. Tokarz mówił» o służbie zdrowia w powstaniu listopadowem«. Pozostałych 30 odczytów było poświęconych różnym gałęziom medycyny. Jeden z wykładających nie był lekarzem (prof. Tokarz), a jeden odczyt wygłosił gość z Warszawy (Dr Dembiński).

Często odbywały się przed odczytami demonstracye przeważnie chorych na choroby nerwowe, wewnętrzne lub chirurgiczne. Demonstracye takie odbyły się na 21 posiedzeniach. Demonstrowało zaś 33 kolegów 66 chorych.

W dyskusyi nad odczytami lub demonstracyami przemawiało 140 kolegów lub gości. Między innymi był na jednem posiedzeniu (17/I) prezydent miasta Krakowa Dr Leo i zabierał głos w dyskusyi nad odczytem »o wyodrębnieniu Galicyi, a jej sanitarnych postulatach«.

Udział członków na posiedzeniach nie był liczny. Nigdy nawet połowa zapisanych członków nię wzięła udziału w posiedzeniu, a czasem ilość ich wynosiła zaledwie $^1/_{10}$ ilości zapisanych (20), a nawet mniej. Najwięcej członków zebrało się na odczycie Dra Dembińskiego z Warszawy, a mianowicie 75 (dnia 28/XI). Zawdzięczyć to należy też pewnej agitacyi, aby przed gościem sala była wypełniona i ciekawości usłyszenia kogoś nowego. Najmniej członków, bo tylko 15, zanotowano na odczycie dnia 4/IV.

Nowych członków przyjęto 14. Zmarło w ciągu roku członków 5 (kol. Doboszyński, Dobrowolski, Krzysztoń, Lustgarten i Skobel). Wystąpiło z Tow. członków 5, a wykreślono z powodu niepłacenia wkładek z czasów jeszcze przedwojennych członków 10. Pozostaje z końcem r. 1917 członków 200.

W ciągu roku zamianowano 11 członków honorowych a mian.: prof. Kostaneckiego z Krakowa, prof. Becka ze Lwowa, Dra Gantkowskiego z Poznania, i Drów Jakowskiego, Męczkowskiego, Kryńskiego, Pawińskiego, Brudzińskiego, Zawadzkiego, Jaworskiego, Puławskiego z Warszawy lub z Królestwa Polskiego. Nominacya ta nastąpiła na posiedzeniu w dniu 3. maja. Z grona tych członków ubył już niestety jeden, t. j. Dr Brudziński, zmarły w grudniu 1917 r.«

Sprawozdanie powyższe przyjęto bez dyskusyi.

b) Kol. Akermann złożył sprawozdanie kasowe, kol. doc. Seńkowski sprawozdanie z administracyi domu.

c) W zastępstwie nieobecnego z powodu służby wojskowej bibliotekarza kol. Blassberga odczytał sprawozdanie z ruchu i czynności biblioteki kol. Michejda:

»W dniu 31. grudnia 1917. było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych 11545 dzieł i 650 wydawnictw peryodycznych, przyczem zaznaczyć należy, że inwentaryzacya wpływów musiała być wstrzymana dla braku miejsca w bibliotece. Sprawę rozszerzenia rosnącej biblioteki rozpatrywano już za prezydyum kol. Janiszewskiego, atoli stosunki wojenne stanęły na przeszkodzie w załatwieniu ostatecznem sprawy, a to tem bardziej, że bibliotekarz wskutek służby wojskowej oraz wyjazdu z Krakowa nie mógł poświęcić bibliotece koniecznej pracy.

W ciągu 1917 r. wypożyczono z biblioteki książek lub pism 80, zwrócono 56, pozostaje zaległych 24. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 135 książek lub czasopism. Liczba członków, korzystających z biblioteki, wynosiła 20. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez jedną godzinę dziennie.

Dary: Od prof. Ciechanowskiego, jak w latach ubiegłych. tak i w r. 1917 otrzymała biblioteka liczne dzieła i czasopisma, Prócz tego wpłynęły w r. 1917 znaczniejsze dary w książkach i czasopismach od dra Bulikowskiego z Gleichenbergu, oraz od

prof. Wrzoska, dr Markowej i dra Harajewicza z Krakowa. Nadto wpłynęło 600 tomów dzieł i pism z biblioteki, pozostałej po śp. drze Skoblu z Krakowa«.

d) Kol. Wojciechowski odczytał sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego« za rok ubiegły.

e) Imieniem komisyi rewizyjnej wniósł kol. Damski wniosek o udzielenie ustępującemu Zarządowi absolutoryum. Wniosek jednogłośnie uchwalono.

6) Ustępujący prezes, kol. Ciechanowski, wygłosił następujące przemówienie;

»Zamykając 52-gi rok pracy Towarzystwa, rozstaję się ze swym urzędem nie bez żalu. Z powodu bowiem przeciągającej się wojny i mojego zachorowania w lecie pozostawiam odłogiem kilka zadań, które się w ubiegłym roku nasuwały, jakoto ze spraw administracyjnych: odnowienie domu, lepsze pomieszczenie biblioteki, uporządkowanie archiwum, ze spraw organizacyjnych: utworzenie sekcyi specyalnych, odbywających osobne posiedzenia i w związku z tem ściślejszy stosunek z odrębnemi dotąd gronami: Towarzystwem ginekologicznem, grupą neurologiczną, zbierającą się w klinice neurologicznej i grupą szpitalną, która przed wojną pomyślnie się rozwijała w szpitalu św. Łazarza. Należałoby tu także stworzenie pracowni Towarzystwa lekarskiego, do której każdy z członków miałby wstęp niczem nieskrępowany, gdzieby więc każdy czuł się u siebie w domu. Z chwilą zawarcia pokoju wreszcie musiałoby Towarzystwo nasze rozpatrzeć szereg ważnych zagadnień społecznohigienicznych, związanych z ujemnymi wpływami, jakie wojna pozostawi na zdrowiu i liczbie ludności.

Jednakże, gdy nie dane było jeszcze Towarzystwu naszemu podjąć tych zadań, ważnych, lecz — że tak powiem — przygodnych, możemy kończący się rok pożegnać z poczuciem, żeśmy spełnili nasze zadania stałe, i stwierdzić, że tętno pracy Towarzystwa nietylko wróciło do przedwojennego napięcia, ale nawet się wzmogło. Doszliśmy bowiem w roku ubiegłym do niebywałej liczby posiedzeń, wykładów i pokazów, a zebrania nasze, chociaż w uszczuplonem gronie, znamionowały się wytrwałą frekwencyą i żywym udziałem obecnych w rozprawach. Obok zaś zagadnień ściśle lekarskich nie było prawie sprawy społecznohigienicznej, będącej na dobie, któraby w naszem Towarzystwie nie znalazła należytego wyrazu.

Toteż wskutek tego i zadanie moje było wdzięczne i łatwe, przy poparciu zarówno całego Zarządu, jak i ogółu członków Towarzystwa. Zwłaszcza kolegom z Zarządu serdecznie za współpracę dziękuję, a szczególnie koledze wiceprezesowi, zawsze, a zwłaszcza w czasie mej choroby, z najchętniejszą śpieszącemu pomocą, kolegom skarbnikowi, gospodarzowi, bibliotekarzowi i podskarbiemu komisyi redakcyjnej, którzy z całkowitem oddaniem prowadzili tak trudne dziś sprawy administracyjne Towarzystwa, koledze sekretarzowi stałemu, który w tym roku miał tyle pracy, oraz nieznużonym, doskonałym sekretarstwu dorocznym.

Towarzystwo, w którem się czas dłuższy pracuje — a 20 lat minęło, jak wszedłem do Zarządu — staje się każdemu człowiekowi czemś blizkiem i drogiem; cóż dopiero przewodniczącemu. Toteż myśl każdego z mych poprzedników biegła przy ustąpieniu z urzędu nieraz z troską, ale zwykle z nadzieją, ku przyszłym losom naszego Towarzystwa. Żaden z nich jednak nie miał tego wyjątkowego szczęścia, by, jak ja, przekazywać rządy Towarzystwa rówieśnikowi z ław jeszcze szkolnych, towarzyszowi pracy, koledze i przyjacielowi od lat 33, by więc zdawać rządy z taką niezachwianą pewnością, że losy drogiej nam wszystkim instytucyi spoczną w najlepszych rękach.

Toteż wybaczcie Koledzy, jeżeli w życzeniach, które składam według zwyczaju memu następcy, zadźwięczy nie zwyczajowa, gorętsza, nuta osobista. A Towarzystwu składam życzenia, by już pod Jego rządami doczekało chwili, kiedy będzie mogło podać bratnią dłoń Towarzystwom lekarskim w Warszawie i we Lwowie, w Wilnie i w Poznaniu do wspólnego związku, w jednem, zjednoczonem Państwie Polskiem.«

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

XVIII. Posiedzenie Wydziału Izby z dnia 14 października 1917.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zast. prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Dr Drzymalik, Schellenberg, Zion. Dr Mikołajski usprawiedliwił swą nieobecność.

1. Odczytano pismo Komendy II Armii zawiadamiające, że prośbę o zniesienie cenzury listowej dla miasta Lwowa przedłożono Naczelnej Komendzie Armii z wnioskiem na uwzględnienie.

2. Rozdzielono zapomogi następującym wdowom i sierotom po lekarzach: 1. Budzynowska Walerya ze Lwowa 50 k., 2. Burnatowicz Franciszka z Obertyna 100 k., 3. Dorlheimerowa Róża ze Sambora 50 k., 4. Gobieńska Paulina ze Lwowa 50 k., 5. Herold Rozalia z Rawy ruskiej 100 k., 6. Hirschhorn Klara obecnie we Wiedniu 50 k., 7. Hoffmanowa Józefa ze Stanisławowa 100 k., 8. Hrasdilek Marya obecnie w Salzburgu 50 k., 9. Jasilkowska Marya ze Lwowa 50 k., 10. Jurkiewicz Zofia ze Lwowa 50 k., 11. Karpińska Józefa z Drohobycza 100 k., 12. Kiczałes Zuzanna z Kałusza 75 k., 13. Koener Eugenia z Kropiwnika 100 k., 14. Kollerowa Joanna z Baranowiec 100 k., 15. Korngrün Fani z Tarnopola 100 k., 16. Korostenska Antonina ze Lwowa 100 k., 17. Krygowska Stefania ze Lwowa 100 k., 18. Kaczurbowa Jadwiga z Przemyśla 100 k., 19. Maciulska Bronisława ze Lwowa 50 k., 20. Michalikowa Wanda z Worochty 100 k., 21. Mochowa Marya ze Lwowa 75 k., 22. Rödel Natalia ze Lwowa 50 k., 23. Reich Julia z Drohobycza 50 k., 24. Rosenöhl Jetta z Drohobycza 100 k., 25. Rosenstock Adolfina z Tarnopola 100 k., 26. Rotterowa Klara obecnie we Wiedniu 50 k., 27. Sokal Róża z Jarosławia 75 k., 28. Szamedowna Zofia z Janowa 100 k., 29. Schmidt Władysława z Jordanowa 100 k., 30. Szczepańska Adela ze Lwowa 100 k., 31. Tyllowa Sydonia ze Lwowa 50 k., 32. Wachnianin Stefania z Rawy ruskiej 100 k.

3. Prezydent podaje do wiadomości, że Dr L. D. przeciw któremu miała Rada honorowa wdrożyć dochodzenia dyscyplinarne, umarł, — wobec czego dalsze prowadzenie sprawy zastanowiono.

4. Zaopiniowano podania kredytowe Dr H. T. z K. i Dr E. S. ze L.

5. Dr E. T. z P. odpisano częściowo zaległości w opłatach izbowych; taksamo Drce H. P. ze L.

W sprawie stosunku między zdobyczami wiedzy o zdrowiu a stosowaniem ich w praktyce.

Napisał

dr Tadeusz Mischke (Zakopane).

W przeświadczeniu, że niżej podane uwagi mogą się w pewnej mierze przyczynić do lepszego rozwiązania problemu ustawy o ochronie zdrowia w Polsce, poddaję je rozwadze pracowników na tem polu.

Łatwo spostrzegalne fakty z życia codziennego i powszechnego pozwalają stwierdzić, że ugodowość lub obojętność wobec zdarzeń wrogich dla zdrowia, a nieprzychylność i oporność wobec zarządzeń zapobiegawczych są zjawiskami zwykłemi. Widzi się to nawet wśród lekarzy, którzy zbyt często skłonni są uważać stanowcze zarządzenia kolegów za jużto nie uzasadnione wymaganiami wiedzy, już też niemożliwe do przeprowadzenia. Takie zarządzenia piętnuje się też często jako »szykany«, »dokuczliwości« bezcelowe i rzekomo nieskuteczne, co oczywiście podnieca w wysokim stopniu niechęć i oporność szerokich sfer, nie uświadomionych higienicznie wobec zarządzeń zapobiegawczych.

Pozwolę sobie omówić sprawę krótko na tle kilku konkretnych przykładów, choć możnaby ich przytoczyć bardzo wiele. W pewnem uzdrowisku dla gruźliczych pojawiają się dwa rozporządzenia tej treści: I. Książki w wypożyczalniach publicznych mają być poddane odkażeniu przed ponownem wypożyczeniem. II. Odkażanie pokojów i przedmiotów, używanych w hotelach i pensyonatach (pościel, naczynie stołowe itp.), oraz inne ostrożności mają być stosowane do wszystkich mieszkańców hoteli i pensyonatów, prócz tych, którzy się wykażą świadectwem lekarskiem, stwierdzającem, że nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Wobec pierwszego rozporządzenia zajmują stanowisko nieprzychylne właściciele wypożyczalni i znaczna część czytających. Zarządy księgozbiorów uważają odkażanie za niemożliwe do wykonania z powodu braku odpowiednich urządzeń. Wśród lekarzy zdania są podzielone. Jedni oświadczają, że odkażanie książek jest zbyteczne, albowiem rzekomo według orzeczenia wybitnych bakteryologów kartki książek nie zawierają drobnoustrojów cho-

robotwórczych, lecz co najwyżej okładki, przeto wystarczy owinięcie książek w papier czysty. Drudzy twierdzą, że nawet w razie zakażenia kartek wystarczy ostrożne ich przewracanie, unikanie ślinienia palców, lub używanie do tego jakiegoś narzędzia, wreszcie dokładne umycie rąk w razie dotykania książki palcami. Inni jeszcze uważają wszelkie systemy odkażania książek za bezskuteczne, powołują się również na orzeczenia, które miały stwierdzić przy wszystkich systemach odkażania książek, używanych przez chorych, obecność chorobotwórczych zarazków (np. gruźliczych) nawet na kartkach (British Museum).

Zwolennicy radykalnego postępowania uważają obecność zarazków na okładkach i kartkach książek, używanych przez chorych, za rzecz apriorycznie pewną, albowiem muszą one być zanieczyszczone od palców, zwalanych wykrztusinami przy zasłanianiu ust, plwociną od chustek, w które plują nawet wysoce »wykształceni«, lub wprost plwociną rozpyloną przy kaszlu. Zwolennicy radykalnego postępowania domagają się tedy odkażania książek w odpowiednich przyrządach zapomocą ogrzania do 80^0 C przez 48 godzin albo i więcej w miarę potrzeby, przy użyciu kontrolnych przyrządów, wskazujących, kiedy wnętrze książki leżącej w środku stosu osiągło tę ciepłotę. Wzgląd na ewentualne zniszczenie książek nie powinien być brany w rachubę, raczej należałoby zapewnić zastąpienie zniszczonych książek nowemi.

Drugie zarządzenie władzy administracyjnej na wniosek referenta sanitarnego wywołało podobną oporność i dało sposobność do stwierdzenia podobnej niejednolitości zapatrywań. Wśród dyskusyi padł nawet wyraz »symbioza« w odniesieniu do stosunku między człowiekiem a prątkami gruźliczymi. Na cóż tyle energii poświęcać na walkę z zarazkiem, z którym gatunek ludzki do tak ścisłej doszedł zażyłości?! Wyrazu »symbioza« użyto zapewne w zacietrzewieniu, boć po niejakim namyśle nie powinienby, zwłaszcza lekarz, popierać symbiozy, z której tylko prątki Kocha korzyść odnoszą. Radykalni eugeniści radziby stosować odkażanie do wszystkich ludzi wogóle i do wszystkich, zwłaszcza zamkniętych przestrzeni uczęszczanych przez ludzi.

Niekiedy nawet władze sanitarne kapitulują wobec pewnych chorób, jak np. krztuśca i odry, dla których nie wymaga się takich ostrożności, jak wobec innych zakaźnych, a przecież znaczenie ich jako czynnika aktywującego przygasłą gruźlicę, lub upośledzającego odporność przeciw świeżym zakażeniom, jest powszechnie znane. I tu radykalizm eugeniczny domaga się energicznego wkraczania zapobiegawczego właśnie w każdym okresie nieżytowym, bez względu na to, co po nim nastąpi.

Przy układaniu ustawy sanitarnej odradzającego się państwa polskiego należy zużytkować doświadczenia państw innych, co się też i dzieje, ale przedewszystkiem zapoznać się z niedomaganiami egzekutywy, aby ich uniknąć. Obawiam się, że prace nad stworzeniem ustawy sanitarnej w Polsce będą się posuwać po liniach wysokiej erudycyi teoretycznej z zaniedbaniem strony praktycznej, drobiazgowo wykonawczej i ośmielam się podać tutaj kilka myśli, które w razie urzeczywistnienia zdołają zapobiedz rażącym błędom ustaw sanitarnych, poznanym już w innych państwach:

1. Ustawa o ochronie zdrowia publicznego, opracowana na podstawie innych tego rodzaju ustaw, nie pomijając dawnych polskich, uwzględniająca najnowsze zdobycze wiedzy, powinna być wprowadzona w życie jako próbna.

2. Wykonywanie tej próbnej ustawy ma być zapewnione przez powołanie do życia najwyższej władzy sanitarnej, jako ministerstwa zdrowia, równorzędnego z innemi ministerstwami, i wyposażenie jej we wzorowo wyszkolone organy podwładne, rozsiane po całym kraju, od kierowniczych aż do straży sanitarnej (policyi).

3. Osią próbnej ustawy sanitarnej ma być zasada równego dla wszystkich, ale proporcyonalnego do psychicznej i fizycznej możności, przymusu świadczeń eugenicznych w walce z wrogami zdrowia (analogicznie do przymusu świadczeń wojennych w walce z wrogiem zewnętrznym). Tu należałby również przymusowy podatek sanitarny z osobnym oddziałem w ministerstwie skarbu.

4. Celem śledzenia skuteczności działania ustawy próbnej i ewentualnych jej niedomagań ma być ustanowiona komisya stałej i niespodziewanej kontroli sanitarnej w ramach ministerstwa zdrowia.

5. Celem usuwania wątpliwości wśród lekarzy i profanów ma być powołana do życia najwyższa Rada zdrowia, obradująca 2—3 dni raz na miesiąc, złożona z przedstawicieli władz sanitarnych, uczonych i praktyków, lekarzy i weterynarzy, z kolejnem przewodnictwem i zabezpieczeniem regulaminowem przed majoryzacyą którejkolwiek sfery.

6. Ze względu na ciężką służbę oraz celem umożliwienia poświęcania potrzebnego czasu czynnościom służbowym należałoby wyznaczyć wynagrodzenia według wysokiej odrębnej skali, zapewnić przyzwoity byt sierotom i wdowom, oraz usystemizować szczególne nagrody, proporcyonalne do faktycznego stanu zdrowia w danym okręgu działania służbowego i w danym czasie. Komisya kontrolna czuwałaby nad prawdziwością sprawozdań, przeprowadzając niespodziane śledztwa na miejscu.

Jedną z najpoważniejszych przeszkód w wykonywaniu celowych zarządzeń sanitarnych jest brak odpowiednich urządzeń, który wynika z braku środków. Temu ma zaradzić właśnie bezwzględnie przymusowy podatek sanitarny i przymus świadczeń eugenicznych, proporcyonalny do możności i uzdolnienia danego obywatela.

Aby zwrócić uwagę na ciasną miarę w stosowaniu wiedzy zdrowia, dość wymienić sprawę alkoholu, tak szczegółowo opracowaną w teoryi, a prawie nietkniętą, lub z zabobonną lękliwością traktowaną w praktyce. Nie ma czem zastąpić dochodu, dostarczanego państwom przez konsumcyę alkoholu?! Czy ten dochód nie wróciłby z nadwyżką przez usunięcie szkód, wynikających z używania alkoholu? Sprawy to zbyt znane, aby je tu poruszać. Ostrze ustawy zwraca się głównie przeciw spożywcom, pozostającym pod nieodpornym przymusem pokusy lub nałogu, a producentom pozostawia nieograniczoną swobodę wyrabiania trucizny, byle tylko spełnili warunki fiskalne.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Lekarze krakowscy na uroczystem zebraniu w d. 16. II. 1918, zwołanem z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krak., uchwalili zaznaczyć swój udział w proteście całego społeczeństwa polskiego przeciw warunkom układu w Brześciu.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie Dr. J. Weinsbergowi za ofiarowane bibliotece czasopisma.

Redakcya otrzymała: Nowicki W.: 1) Ruhrfälle mit dem Nachweise des Erregers ausserhalb des Darmtraktus. (Berl. kl. Woch. 1917). 2) Pathologisch-anatomische Veränderungen bei schweren Paratyphus B-Fällen (Deutsche m. W. 1917). 3) Über das kombinierte Verfahren bei der Untersuchung der Typhus-, Paratyphus-und Ruhrstühle (Wiener kl. Woch. 1917.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgarska 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Mięsowicz: Sposoby badań klinicznych. Cz. I. i II. po 9 kor. 20 h.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.